

## 1. INFORMATIONS

Informations sur l'assuré ou le tuteur			
Nom		Prénom	
Lien de parenté		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	N° de client
N°	Rue		N° d'appartement
Ville	Code postal	Province	N° de téléphone
Informations sur l'enfant			
Nom		Prénom	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Spécifiez le ou les diagnostic(s) de l'invalidité actuelle	
Spécifiez la gravité du problème de santé	
Quand les symptômes sont-ils apparus ? (AAAA-MM-JJ)	
Autres diagnostics susceptibles de modifier la durée de l'invalidité	
L'invalidité est-elle : <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporaire	
Est-ce que le patient a la capacité de vivre seul ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si <b>oui</b> , en quelle année est-il devenu incapable de vivre seul en raison de son invalidité ?
Si l'invalidité est temporaire, veuillez indiquer la période approximative durant laquelle le patient est dans l'incapacité de poursuivre ses études (AAAA-MM-JJ) au (AAAA-MM-JJ)	
Si la date de retour aux études est indéterminée, veuillez indiquer le nombre de semaines additionnelles estimées avant la reprise des cours	
En quoi l'affection du patient influe-t-elle sur sa capacité d'étudier ou de travailler (le cas échéant) ?	

## 3. IDENTIFICATION DU MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom du médecin	N° de permis	N° de téléphone
Adresse complète		
Signature du médecin		Date (AAAA-MM-JJ)